

**DIGNIFICAÇÃO DA MORTE OU MORTE  
DIGNIFICADA?  
"OS CUIDADOS PALIATIVOS"**

Vitor Manuel de Magalhães de Azevedo Duarte

Orientador  
Professor Doutor Ferraz Gonçalves

Rua da Devesa, 273  
Silva Escura  
União das freguesias de Nogueira e Silva Escura  
4475-822 MAIA

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, aos meus avós, ao Scott, à Mom, à Inês e à Quica, ao meu irmão à Carminho e ao Rui, ao Fábio, à Júlia e à Patrícia ...

À Dra Isabel Costa e a todos os que trabalham de forma admirável no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, o Professor Doutor Ferraz Gonçalves, que tanto admiro não só como profissional de excelência e de humanismo e que tenho como exemplo, mas também pelo conhecimento que me transmitiu na realização deste trabalho e pela honra que me deu ao aceitar orientar-me...

"... Pôs-lhes no coração até mesmo a eternidade; ..."

Livro de Eclesiastes 3:11

Tradução do Novo Mundo da BÍBLIA SAGRADA

## RESUMO

A morte é provavelmente a única coisa certa na nossa existência.

Podemos aceitá-la como inevitável ou negá-la. Mas todos nós estamos programados para nascer, crescer e morrer – uma realidade esquecida por boa parte da sociedade ocidental contemporânea.

Costumamos vê-la como um evento exclusivo, pessoal, que isola quem sofre uma perda de todo o resto do mundo. Mas não há nada menos exclusivo do que morrer. Existe hoje a noção de que a vida deve ser mantida a todo o custo. Esta forma de se estar perante a eventualidade da morte acarreta problemas éticos relativos à forma obstinada como os doentes poderão ser tratados, com recursos a medicamentos e outros procedimentos que na realidade já não exercem qualquer efeito. A morte de um indivíduo tomada como fracasso médico é uma dos principais entraves à tomada de consciência da necessidade de actuação precoce dos Cuidados Paliativos. Estes, actuando por formas que se baseiam nos mais nobres princípios da Ética Biomédica são, na realidade a derradeira e verdadeira opção para os doentes oncológicos em final de vida e outros que deles podem beneficiar. A actuação dos Cuidados Paliativos vai ao âmago da compreensão do que é entender o processo de dignificação da morte.

## ABSTRACT

Death is probably the only thing that is sure in our existence.

We can accept it as inevitable or deny it. But we all are programmed to be born, to grow and to die - a reality that is more than forgotten by a big part of the contemporary occidental society.

Usually we see it as a personal and exclusive event that isolates the one that suffers with a loss, from the rest of the world. But the truth is that death is everything than exclusive.

Today the common thought is that life needs to be preserved, no matter at what cost. This conduct before death brings with itself ethical problems concerning the obstinate form how the patients can be treated using medicines and other procedures that in reality will not exert any effect to the patient's illness.

A patient's death taken as a medical failure is one of the main impeachments for taking conscientious of the precocious need for the Palliative Care. These ones, acting in a way based in the noblest principles of the Medical Bioethics are in reality the last and true option for oncological patients in the end of their lives and others that then can be beneficiate.

The real performance of the Palliative Care, goes to the cerne of understanding of what it is all the process of Dignification of Death.

**PALAVRAS CHAVE:** Morte, Valor da vida, Cuidados Paliativos, Dor Oncológica.

**KEYWORDS:** Death, Value of Life, Palliative Care, Oncological Pain.

## 1. INTRODUÇÃO <sup>1</sup>

Não há nenhuma experiência humana que possa ser comparada à Morte. Ela é única por si só, não permitindo ser descrita pela pessoa que a sente. Todos nós já pensamos nela, ou preocupamos com ela, pelo menos uma vez na vida. Quando morremos, deixamos de existir. A preocupação da "não-existência" e a impotência diante desta realidade da existência humana cria em nós o conceito de "finitude" da vida individual.

O carácter público da Morte, passou com o desenvolvimento das técnicas da Medicina e com a modificação dos valores da sociedade a ter um carácter privado.

A preocupação contínua com a preservação da vida cria um paradoxo que torna a morte ainda mais angustiante juntando-se-lhe o medo do sofrimento que a ela associamos.

A verdade é que em certas doenças - oncológicas e outras, este processo pode ser extremamente doloroso, porque os doentes continuam a ser medicados de forma obstinada, sem que se veja um efeito positivo real. Mas como os doentes em sofrimento no período final de vida não devem nem podem ser abandonados devendo-se encontrar soluções baseadas não na acção curativa, mas na acção paliativa dos doentes em fase terminal da vida.

## METODOLOGIA

Esta dissertação tem como base uma revisão narrativa que inclui artigos e livros a que tive acesso durante o meu estágio em cuidados paliativos e de uma pesquisa não sistemática, utilizando as bases de dados LILACS, SciELO, MEDLINE, que me pareceram relevantes para o fim em vista. Os focos foram os cuidados paliativos, a morte e conceitos e valores da vida, dando preferência a textos publicados nos últimos anos.

## 1.1 MORTE - CONCEITOS, CRITÉRIOS, TESTES E CRÍTICAS<sup>2,11,20,21</sup>

O desenvolvimento técnico e científico na área da Medicina introduziram novos e vários conceitos de morte resultantes de ideias filosóficas, teológicas e científicas acerca do que define a existência humana.

O conceito de morte, reflecte a compreensão da sociedade dos limites possíveis da vida, baseando-se na experiência vivida.

Os critérios de morte, reflectem o que julgamos necessário acontecer, para que aquilo que se estabelece como morte, possa acontecer.

Os testes, são procedimentos práticos que ajudam à determinação de se os critérios estão ou não cumpridos.

O enquadramento jurídico da morte marca o fim da pessoa jurídica e da sua protecção constitucional, civil e penal.

O Reino Unido e Portugal (declaração da Ordem dos Médicos no artigo 12º da lei 12/93 de 22 de Abril, aplicada desde 1994) adoptaram como critério, a morte do tronco cerebral.

Foram estabelecidos alguns critérios de morte cerebral, que demonstram a cessação funcional do tronco cerebral e da sua irreversibilidade, seguindo três etapas fundamentais: condições prévias, regras semiológicas e método de actuação. (detalhes destes critérios em anexo)

Os testes clínicos estabelecem que os critérios estão presentes em cada caso individual.

Os testes não devem permitir falsos positivos nem falsos negativos; devem ser adaptáveis a várias situações clínicas e facilmente verificáveis por outros.



## Morte Encefálica

Conceito: Paragem irreversível do funcionamento do organismo como um todo fisiologicamente, com controlo da respiração, temperatura, equilíbrio hidro-electrolítico, consciência, controlo autonómico, regulação neuro-endócrina, comportamento sexual e fome. É de salientar que o organismo como um todo, poderia funcionar mesmo sem alguns subsistemas.

Critério: Paragem irreversível de todo o encéfalo.

Testes: Ausência irreversível de batimentos cardíacos e de respiração e de resposta nos testes cerebrais.

## Morte do Tronco Cerebral

O tronco cerebral comanda as funções vegetativas: respiração, deglutição, regulação dos ciclos de sono-vigília, essenciais à manutenção da vida.

Conceito: Perda irreversível da consciência, associada à perda da respiração. Segundo este conceito, a morte cerebral segue-se à assitolia (paragem cardíaca).

Critério: Paragem irreversível do funcionamento do tronco cerebral.

Testes: ausência de reflexos do tronco e apneia.

## Morte Cortical

Conceito: Perda do que é significativo para a natureza humana: a consciência e a função cognitiva e a capacidade social de interagir.

Critério: Perda irreversível do neocórtex - cognição, consciência e percepção.

Testes: Ausência de função afectiva e cognitiva, sem proposta de teste para avaliar a perda irreversível da consciência e da interacção social.

Com estes testes torna-se claro que a morte encefálica é eticamente superior e mais fácil de aceitar pelo público, mas não há teste fiável para afirmar e concluir da cessação das funções encefálicas.

O ponto de não retorno (irreversibilidade) para a lesão cerebral tem na sua própria definição sido deslocado ao longo do tempo. Não esqueçamos que o que hoje se considera irreversível, amanhã poderá não sê-lo, dependendo do esclarecimento científico da fisiopatologia das doenças e dos recursos terapêuticos.

## 1.2 QUAL O VALOR DA VIDA? <sup>1,3,4,9</sup>

A vida sempre foi considerada como sagrada. Cultos religiosos e mágicos caracterizavam o valor da vida nas sociedades pagãs. Posteriormente, as religiões fizeram incrementar ainda mais, este conceito de sacralidade da vida traduzindo o valor qualitativo da mesma, mas também quantitativo pelo conceito de finitude da vida.

O conceito de finitude da vida, fez criar dilemas sem solução. O valor da vida tem significado, pela consciência de finitude. É por esta que valorizamos tanto a nossa existência individual e daí damos valor à vida. Se não fossemos conscientes da nossa própria finitude, encararíamos a vida de outra forma, quiçá com menos importância, e não atribuiríamos sentido à temporalidade; é a condição finita da temporalidade que fundamenta o sentido e a importância da existência humana.

Para falarmos do conceito de valor da vida, obrigatoriamente devemos falar da noção de indivíduo e a forma como nos concebemos como humanidade, pois só assim poderemos entender o carácter finito da vida e o valor que lhe é atribuído pelo indivíduo inserido na sociedade.

A noção de indivíduo é construída a partir da relação com os outros. Só conseguimos conhecer-nos a nós próprios se conhecermos a forma como os outros nos concebem, como indivíduos per se e como elementos de uma sociedade à qual pertencemos. A partir deste confronto ou ligação com o outro, identificamo-nos a nós mesmos e tomamos consciência da nossa relação. O valor individual da vida perante a morte é melhor definido no contexto da

sociedade. A morte do "outro", significa também a perda de parte do "eu" que se constituiu na relação com aquele. O valor da vida para cada um de nós é decorrente do que construímos com o "outro" como acúmulo para a sociedade humana.

A evolução filosófica do conceito de morte, influenciou o valor intrínseco que é dado à vida. Ao longo dos tempos, a noção quantitativa de vida de carácter predominantemente religioso, passa devido à evolução da medicina e à modificação das condições de vida, a um carácter mais qualitativo, onde o valor da vida é redefinido e onde as pessoas passam a ter o direito de avaliar a sua qualidade de vida e a poderem dispor da mesma de acordo com desejos e avaliações que fazem dela. Este conceito pode levar a que se considerem umas vidas mais importantes que outras.

Ferraz Gonçalves em seu livro "A Boa-Morte - Ética no Fim da Vida" afirma que o aspecto mais relevante dos argumentos da santidade da vida versus o da qualidade de vida é o de ser importante nas decisões sobre o tratamento das pessoas em situações clinicamente críticas ou com profundas deficiências. Perante uma obrigatoriedade de decisão, inevitavelmente estará presente o conceito de qualidade de vida, por exemplo, quando nos abstermos de reanimar um recém-nascido anencefálico ou, quando não intervimos agressivamente para prolongar a vida de um indivíduo agónico e os tratamos sintomaticamente e com medidas de conforto. Este argumentos são também a favor do valor da vida. A decisão médica deve ser sempre ponderada pelos benefícios esperados e pelos malefícios determinados pelos tratamentos agressivos, muitas vezes sem resultados para o doente, devendo este ser sempre o avaliador da sua qualidade de vida.

As decisões a tomar no caso dos doentes não competentes devem ser sempre em função dos melhores interesses do doente e nunca da família, da sociedade ou dos outros.

### 1.3 DILEMAS DA SOCIEDADE PERANTE A MORTE <sup>3,5,7</sup>

Numa sociedade centrada no indivíduo, temos tendência a tratar os outros com indiferença, valorizando demais a nossa existência individualista e afirmando-nos como autónomos e auto-suficientes.

Esta existência individualista deixa de existir perante a morte e a vivência ao seu redor, perde todo o sentido. Este dilema, leva à procura de alternativas para resolvê-lo. A crença da vida após a morte, é uma...quanto mais não seja no final de vida.

Outra alternativa é a ideia da "imortalização" a partir de grandes feitos, escritos, pinturas, acções permitindo um lugar, destacado dos outros indivíduos - a edificação do "indivíduo imortal".

A morte ao longo dos séculos era considerada como um evento natural, com o qual se convivia frequentemente. O carácter publico da mesma, passou a ser predominantemente privado e institucionalizado em hospitais, em que o doente aguarda os momentos finais da sua existência sujeitando-se, por vezes, à obstinação terapêutica, que atrasará a melhor das actuações para eles oferecida como é a dos Cuidados Paliativos.

O dilema da morte e a sua tradução na sociedade permanece, não obstante, sem solução. As saídas previstas diminuem a certeza acerca daquilo que se procura e ninguém poderá constatar a sua eficácia, pois tais evidências só podem ser constatadas após a morte...

Entretanto, outra tentativa da resolução deste dilema da sociedade perante a morte é concebermo-nos como humanidade. A consciência de humanidade pressupõe o reconhecimento da fraqueza do indivíduo e o seu carácter transitório, o que dá ainda mais valor à vida, aceitando sempre a possibilidade de continuação de nós mesmos no outro, como parte integrante da construção colectiva da história.

## 1.4 A VALORIZAÇÃO DA VIDA ATRAVÉS DO TERROR DA MORTE<sup>3,4,5</sup>

Morrer é um evento tão natural quanto nascer, crescer ou ter filhos.

No entanto, a ideia da finitude nos enche de terror. Por quê?

Desde os tempos mais remotos, os homens já viam a morte como elemento antagônico à vida. Talvez fosse mais fácil aceitá-la como fato natural, quando a expectativa de vida das pessoas era baixa. Mas o terror da morte sempre existiu. As pinturas nas paredes de cavernas de Lascaux, revelam o incômodo que a morte provocava no homem lá atrás. Episódios alegres, como caçadas, eram retratados em cores vivas. As imagens fúnebres, por sua vez, eram pintadas com cores escuras. Mas, afinal, se a morte é tão comum, por que é que ela nos causa tanto medo? O maior desejo do homem é a imortalidade. Por isso, muitas vezes a morte é considerada como adversária, que poderia ser vencida pelos avanços científico-tecnológicos do século XX, que aumentaram a eficiência dos diagnósticos, dos medicamentos, das técnicas cirúrgicas, etc. Soa como um despropósito falar de morte a quem tem as descobertas da ciência a seu favor. Afinal, por que pensar na finitude?

É um paradoxo: a valorização da vida e a ilusão de eterna beleza e jovialidade trazidas pela vida moderna acabam gerando, por meio do apego a tudo isso, muito mais tristeza e sofrimento pelo fim inevitável da existência do que felicidade pelo mais de vida que proporcionam. Tudo aquilo que possa lembrá-la é escamoteado. Os doentes morrem no hospital, longe dos olhos – e, não raro, do coração – de seus parentes e amigos. E os rituais de luto são cada vez mais rápidos. O medo natural que todo ser humano sente diante da própria finitude transforma-se em pânico.

O medo da morte é inerente ao desenvolvimento humano. Aparece na infância, a partir das primeiras experiências

de perda. E tem várias facetas: trata-se de um medo do desconhecido, somado ao medo da própria extinção, da ruptura da teia afetiva, da solidão e do sofrimento. O medo da morte é fundador da cultura. Esse medo funciona como pivô e como motor de todas as civilizações. A partir do desejo de perenidade, desenvolvem-se as instituições, as crenças, as ciências, as artes, as técnicas e mesmo as organizações políticas e econômicas.

Esse é o lado, digamos, vital da morte. Afinal, parece que a morte tem também um componente de vida...

## 2. CUIDADOS PALIATIVOS <sup>4,5,8</sup>

Na sociedade ocidental, a cultura dominante em relação à doença, tem considerado a cura, como a principal meta a atingir. Neste contexto, a incapacidade de curar e a realidade inexorável da morte, são vistas como fracasso da Medicina e fracasso profissional, resultando em obstinação terapêutica e abandono, muitas vezes resultantes da dúvida entre a abstenção ou a suspensão de tratamentos.

Tem sido cada vez maior a necessidade de se consciencializar a realidade dos doentes em fase terminal de vida, oriundos, geralmente, de um longo percurso de sofrimento e para os quais já não existem opções terapêuticas realísticas. Falamos essencialmente dos doentes com doenças oncológicas, crónicas e agudas que deixaram graves sequelas e que conseguem o alívio do seu sofrimento através dos Cuidados Paliativos, com tratamento altamente especializado, multidisciplinar e rigoroso partilhando a sua ajuda com os familiares destes doentes.

## 2.1 CONCEITOS - DEFINIÇÕES BÁSICAS E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS <sup>8,9,11,18, 20, 21</sup>

Embora o Professor Geoffrey Warren Hanks, pioneiro dos Cuidados Paliativos, tenha declarado que em 1964 já existia um serviço - Continuity Care Service - com essa finalidade no Royal Marsden, considera-se 1967, com a fundação do St. Christopher's Hospice por Cecily Saunders, o ano que marca a fundação dos Cuidados Paliativos. Contudo, a primeira vez que se utilizou a designação de "Cuidados Paliativos", foi em 1975 pelo Professor e Cirurgião canadiano Balfour M. Mount do Royal Victoria Hospital de Montreal, considerado como fundador dos Cuidados Paliativos na América do Norte

### 2.1.1 DEFINIÇÕES BÁSICAS

No âmbito da caracterização dos Cuidados Paliativos, deve entender-se por:

#### Paliação

Alívio do sofrimento do doente.

#### Acção Paliativa

Medida terapêutica, sem intenção curativa dirigida ao bem-estar global do doente.

1. Nível básico de palição, sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas.
2. Deve e pode ser prestada em internamento e/ou domicílio, por qualquer profissional e em todos os níveis de instituições e cuidados de saúde.

#### Cuidados Paliativos

São cuidados prestados a doentes que estão em intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e progressiva promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida, até ao fim. São cuidados activos, globais e coordenados que incluem a família, sendo

prestados por equipas e unidades específicas deste tipo de cuidados, quer seja no internamento, quer no domicílio, e segundo níveis de diferenciação:

#### Cuidados paliativos Nível I

1. Cuidados individualizados, planificados e organizados.
2. Equipas multidisciplinares básicas com formação especializada em Cuidados Paliativos
3. Estruturam-se como Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos.
4. Dirigidas a doente em ambulatório, internamento ou domicílio.

#### Cuidados Paliativos Nível II

1. Cuidados diferenciados, organizados e planificados prestando serviço nas 24 horas.
2. Prestação directa de cuidados por equipas multidisciplinares alargadas. Membros da equipa com formação diferenciada e membros de chefia com formação avançada em Cuidados Paliativos.
3. Prestados por Unidades de Cuidados Paliativos, com internamento próprio, mas podem incluir cuidados ao domicílio ou no ambulatório

#### Cuidados Paliativos Nível III

Exigem centros de elevada diferenciação assumindo-se como referência na prestação de cuidados, na formação e investigação. São caracterizados pelas capacidades de Nível II, acrescidas de:

1. Desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação diferenciada.
2. Actividade regular de investigação.
3. Possuem experiência e diferenciação reconhecidas que lhes conferem o reconhecimento como unidades de referência.
4. Integram no seu funcionamento outras equipas para poderem oferecer mais vasta continuidade e variedade de



Cuidados Paliativos, quer seja em ambulatório, internamento ou domicílio

### 2.1.2 CONCEITOS <sup>11,18,19</sup>

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o tratamento da dor e de outros sintomas, como sendo o domínio específico e diferenciado dos Cuidados Paliativos tornando-os uma das prioridades na luta contra a doença oncológica, a par da prevenção primária, do diagnóstico precoce e do tratamento curativo. O Conselho da Europa, reconheceu também as deficiências e ameaças aos direitos fundamentais do ser humano e declarou fundamentos para defender os doentes em fase final de vida.

Ambos de uma forma ou outra vão em direcção ao mesmo objectivo.

Os Cuidados Paliativos assentam nos seguintes princípios: <sup>10,11,23</sup>

- a. Afirmam a vida, encarando a morte como um processo natural. Apoiam os doentes a viverem tão activamente quanto possível até ao final dos seus dias, valorizando os aspectos positivos. Sendo a morte um processo natural integrante da vida, não reconhecer quando ela é inevitável ou quando se deve deixar de lutar contra ela é tão prejudicial para os doentes como não reconhecer quando é útil actuar para curar ou prolongar a vida.
- b. Encara a doença como causa de sofrimento a minorar.
- c. O doente vale por quem é...e vale até ao fim.
- d. Os valores e prioridades do doente são sempre reconhecidos e aceites.
- e. O medo da morte e o sofrimento são considerados como realidades que podem e devem ser medicamente e humanamente assistidas.
- f. A fase final da vida pode oferecer momentos de reconciliação e crescimento pessoais.

- g. Não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipam nem adiam a morte; a duração da vida não é preocupação básica dos Cuidados Paliativos; repudiam a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade terapêutica.
- h. O sofrimento físico, psicológico, social e espiritual são abordados de forma holística e contextual.
- i. Baseiam-se no acompanhamento, na compaixão e na humanidade, no rigor científico e na disponibilidade.
- j. O bem-estar do doente é preocupação central, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível.
- k. São apenas prestados quando são aceites pelo doente e pela família.
- l. É reservado ao doente o direito de escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado na sua última etapa da vida.
- m. Baseiam-se na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Os princípios da prática em Cuidados Paliativos acompanham-se de Direitos dos doentes:

- a. Receber cuidados.
- b. Autonomia, identidade e dignidade.
- c. Apoio personalizado.
- d. Alívio do sofrimento.
- e. Total e completa informação e caso não seja possível, ao direito de informarem a família.
- f. A recusar tratamentos.

A experiência mostra os benefícios psicológicos e físicos na qualidade de vida destes doentes oferecida pelos Cuidados Paliativos. A família deverá estar sempre presente, e deverá ser ajudada, se assim o desejar, mesmo após a morte do seu familiar.

Sabemos que por razões várias, o acesso aos cuidados não é equitativo, mas devemos esforçar-nos para que estas circunstâncias mudem.

Os Cuidados Paliativos ainda são encarados nos nossos dias, como sendo o último recurso de alívio do sofrimento

para o doente, pondo-os à sua disposição quando os tratamentos clássicos já não trazem nenhum benefício. Assim, se precocemente fossem utilizados os instrumentos de que dispõem os Cuidados Paliativos os resultados seriam surpreendentemente melhores. Os estudos revelam que em todas as fases das doenças crónicas, oncológicas ou não, existem situações às quais os Cuidados Paliativos poderiam dar uma resposta satisfatória. A assistência no luto completaria este modelo, coroando-o com uma jóia de humanismo e de dever cumprido perante o doente e a família em sofrimento.

## 2.2 OS PRINCÍPIOS DA ÉTICA MÉDICA <sup>6,9</sup>

Na perspectiva da Bioética, os princípios fundamentais da Ética Médica, são: Autonomia, Beneficência, Não-Maleficência e Justiça. Estes princípios, basilares para a prática médica, terão plena realização se precocemente for integrado o rigor científico, dirigido e diferenciado dos Cuidados Paliativos.<sup>6</sup>

O princípio do respeito pela Autonomia baseia-se no direito que o doente tem de emitir a sua opinião, rejeitar ou aceitar o tratamento que o médico lhe propõe, podendo agir de forma livre, voluntária e esclarecida. Este princípio também serve para os médicos, pois têm o direito de emitir a sua opinião sobre o que o paciente lhe propõe, podendo rejeitar solicitações que sejam contrárias à sua consciência e conhecimento.

O princípio do respeito pela Autonomia é linha de conduta dos Cuidados Paliativos. As decisões devem ser sempre o resultado do acordo mútuo entre médico e doente, baseadas no respeito mutuo e bidireccional.

Um dos aspectos mais humanos de intervenção dos Cuidados Paliativos, tem a ver com a situação intrínseca do sofrimento do próprio doente em estágio final de vida

que se encontra mais vulnerável e que por esse facto deverá ser protegido de qualquer tipo de abuso.

O princípio da Beneficência deverá ser vista pelo médico como um compromisso para assegurar o bem estar das pessoas envolvidas directa ou indirectamente.

O princípio da Não-maleficência remete ao princípio hipocrático "primo non nocere" , ou seja, em primeiro lugar nunca causar dano.

O princípio da Justiça estabelece o princípio da equidade como condição essencial ou disposição para reconhecer imparcialmente o direito de cada um e atender os doentes de maneira correcta. A imparcialidade, derivada deste princípio norteia os actos médicos, impedindo que aspectos discriminatórios interfiram na relação médico-doente.

Na prática estes princípios propõem uma avaliação sistemática e contínua da prática clínica e da contínua relação risco-benefício para as pessoas envolvidas. Estes princípios encaixam-se perfeitamente nos conceitos de actuação dos Cuidados Paliativos.

Segundo um estudo realizado por Ferraz Gonçalves - "Attitudes toward assisted death amongst Portuguese oncologists" <sup>22</sup>, utilizando um inquérito segundo as normas da OMS e no qual foram intervenientes alguns oncologistas portugueses, cerca de 80% acreditavam que que os Cuidados Paliativos poderiam evitar os muitos pedidos de eutanásia e de suicídio assistido. Outros estudos importante merecem a nossa atenção relativamente à actuação precoce dos Cuidados Paliativos em doentes com doenças oncológicas avançadas, com doenças crónicas avançadas e em estado terminal, e outras, nomeadamente doenças agudas que deixaram graves sequelas nos doentes.

Entre os muitos que poderíamos mencionar, vejamos alguns:

A. Actuação dos Cuidados Paliativos em doentes com Carcinoma Pulmonar Metastático de Não Pequenas Células (CPMNPC).<sup>14</sup>

Os doentes com CPMNPC têm, infelizmente, um pesado fardo no que diz respeito à sintomatologia e ao tratamento agressivo que podem receber, na fase de final de vida. O estudo foi realizado com o objectivo de ver o efeito efectivo da introdução precoce dos Cuidados Paliativos após o diagnóstico recente e os resultados sentidos pelos próprios doentes estando estes em ambulatório.

A actuação precoce dos Cuidados Paliativos, que tem como objectivo a gestão dos sintomas, o apoio psicológico e a assistência na tomada de decisões, levou ao melhoramento significativo na qualidade dos tratamentos, qualidade de vida dos doentes e estado anímico dos mesmos. Comparados com os doentes recebendo o tratamento *standard*, os doentes com actuação precoce dos Cuidados Paliativos não tiveram necessidade de tratamento tão agressivo no final de vida, além de terem sobrevivido em média por mais dois meses. Houve também uma diminuição significativa na utilização de serviços médicos.

Um ponto a notar e que é extraordinário é que este estudo chegou à conclusão que a actuação precoce dos Cuidados Paliativos tem um efeito semelhante aquele manifestado pelos doentes que obtiveram uma resposta positiva ao tratamento quimioterápico com cisplatina.

B. Inquérito transversal acerca da Dor nos cuidados paliativos em Portugal.<sup>12</sup>

O propósito deste trabalho foi o de estudar a prevalência, a intensidade e o tratamento da dor nos doentes sob a

responsabilidade das equipas de Cuidados Paliativos em Portugal.

Os dados recolhidos foram demográficos, intensidade da dor, medicamentos prescritos e técnicas invasivas.

Concluiu-se que é um dos sintomas mais prevalentes nos doentes de Cuidados Paliativos. Esta prevalência estava mais ou menos alinhada com a prevalência da dor em doentes com carcinoma metastático ou terminal, mencionada em outros estudos. A prevalência da dor crónica e a prevalência da dor moderada a grave é semelhante à de outros estudos, com tendência a ser ligeiramente menor em relação à dor de carácter grave. Relativamente às drogas utilizadas para o alívio da dor, foram por ordem de utilização: Paracetamol e Anti-inflamatórios não esteróides, Tramadol, Morfina.

Os adjuvantes mais utilizados foram os Anticonvulsivantes como a Gabapentina, seguido de corticosteróides sobretudo dexametasona.

A adequação do controlo da dor foi mesmo melhor que em outros países.

O facto do controlo da dor oncológica, ser mais efectivo no contexto dos Cuidados Paliativos do que aquele atingido em outros Serviços, por si só é um argumento mais do que convincente, para a integração precoce dos Cuidados Paliativos no tratamento dos doentes em conjugação com outras medidas terapêuticas em curso que têm a intenção de prolongar a vida, como a quimioterapia, ou a radioterapia. Estas, são as disposições recomendadas pela Organização Mundial de Saúde.

### C. Inquérito transversal acerca da actividade das equipas de Cuidados Paliativos em Portugal.<sup>13</sup>

Em Portugal os Cuidados Paliativos começaram em 1994, quase trinta anos após a fundação do movimento dos Hospícios por Cicely Saunders.

Em 2006 por decreto do governo foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Embora as equipas tenham aumentado, o número delas está aquém das necessidades. A falta de dados da actividade destas equipas, motivou a realização deste estudo baseado em um questionário elaborado com base num estudo levado a cabo pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos. Em Portugal a Medicina Paliativa não é uma especialidade tal como no Reino Unido.

Chegou-se à conclusão que que o suporte hospitalar e o tratamento de doentes em ambulatório são os serviços mais prestados por estas equipas. O cancro é de longe a doença mais tratada, muito embora outros doentes com doenças crónicas e outras condições ameaçadoras da vida também devessem ser tratados no Cuidados Paliativos.

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde já tinha estabelecido a necessidade das competências altamente diferenciadas dos Cuidados Paliativos <sup>8</sup>, isto mesmo antes de ter sido realizado o estudo A, realizado em 2010. No entanto devemos salientar que as competências dos Cuidados Paliativos não se dirigem apenas aos doentes oncológicos.

#### D. Estudo acerca de outros sintomas que não a dor nos Cuidados Paliativos em Portugal.<sup>15</sup>

Este estudo dirigiu-se ao estabelecimento de quais os sintomas que não a dor, são mais frequentes nos doentes tratados pelas equipas de Cuidados Paliativos em Portugal. Os doentes com cancro avançado e outras doenças crónicas tem na maioria das vezes outros sintomas que não a dor; neste estudo, a maioria dos doentes tinham cancro. O sintoma mais prevalente, fora do contexto de dor foi Fadiga/Cansaço seguido de sintomas psicológicos como Depressão/Tristeza. Outros sintomas foram, em ordem de prevalência: Ansiedade, Anorexia, Dor, Sonolência, Obstipação, Dispneia, Insónia,

Náusea e Vômito. Foram utilizadas diferentes fármacos segundo a indicação para cada sintoma específico. Chegou-se à conclusão que tanto os sintomas como os fármacos utilizados para os controlar, eram similares aos de estudos realizados em outros países.

Um dos aspectos mais importantes das equipas de Cuidados Paliativos é o de detectar, confirmar e controlar os problemas/sintomas físicos e não físicos nos doentes com cancro avançado e outras doenças crónicas. Muitos doentes dos cuidados paliativos têm este tipo de sintomas, físicos e não físicos como resultado da doença subjacente e/ou do tratamento em curso ou no passado tal como quimioterapia e radioterapia. Um dos resultados que deu honra à actuação dos Cuidados Paliativos foi o de se notar que deram muita atenção à diferenciação entre tristeza e depressão. Os fármacos utilizados para controlo dos sintomas além da dor foram os considerados essenciais.

A conclusão foi de que a prática dos Cuidados Paliativos em Portugal parece ser similar à de outros países.

#### E. As mudanças demográficas nas mortes em hospício.<sup>16</sup>

Os estudos no Reino Unido, têm demonstrado desigualdade na provisão de Cuidados Paliativos no que diz respeito a factores tais como idade, diagnóstico e estatuto socio-económico. A razão é desconhecida. O estudo tenta descrever os factores associados à morte dos doentes internados e examinar como mudaram ao longo do tempo. O número anual de mortes aumentou de 17440 em 1993 para 26032 em 2012. O aumento de mortes em doentes não oncológicos internados tem aumentado. A morte dentro destas instituições acontece muito mais em áreas mais favorecidas do que em áreas menos favorecidas. O tratamento por Cuidados Paliativos tem tido um papel preponderante no tratamento de doentes oncológicos. Políticos e pessoas com responsabilidade de decisão e os profissionais ligados



aos Cuidados Paliativos, necessitam reflectir e decidir se os modelos de actuação correntes ainda se adaptam às necessidades de uma população que tem tendência a morrer cada vez mais tarde com doenças oncológicas e doenças crónicas.

Tendo o reino Unido o sistema de cuidados paliativos mais desenvolvido do mundo e podendo servir-nos de exemplo, visto que os estudos em Portugal são escassos podemos comparar e ver os resultados que a nós se poderiam aplicar.

Podemos ver que 55% dos doentes que recebem internamento são para cuidados de fim de vida, sendo o restante para controlo de sintomas e estadia muito curta.

Sendo o primeiro o domicílio, as instituições vêm imediatamente em segundo lugar como local preferencial para morrer. Estudos de seguimento mostram que estas são o local preferido respeitante a satisfação e qualidade de serviços prestados. A prevalência do tipo de doenças, foi a doença oncológica em primeiro lugar seguida pelas doenças crónicas não oncológicas. Como em outros estudos, chega-se à conclusão que muito embora os Cuidados Paliativos, tivessem a vertente essencialmente do tratamento das doenças oncológicas, outras, com um fardo igualmente pesado a nível de sintomas em fim de vida, como as doenças respiratórias e a demência deveriam beneficiar de Cuidados Paliativos.

Os doentes com doenças crónicas graves em fim de vida são menos frequentemente referenciados para os Cuidados Paliativos. Isto dever-se-á, talvez ao facto de que os doentes oncológicos têm uma trajectória típica de final de vida que classicamente se adapta ou ajusta mais facilmente à filosofia de tratamento dos Cuidados Paliativos.

O modelo fornecido pelo Reino Unido, para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, e que ainda hoje serve de modelo internacionalmente, mostra que ainda muito há a fazer. É preciso fazer desaparecer ou diminuir significativamente a desigualdade de acesso a

esses cuidados. É preciso estar atento ao facto da população estar a morrer cada vez mais idosa, facto que traz o aumento da quantidade de doentes com doenças oncológicas e outras doenças não oncológicas um fardo muito pesado de suportar a nível da sintomatologia (algumas até mesmo mais difíceis que as oncológicas...) aumentem obrigatoriamente a procura deste cuidados, o que pode levar a um repensar de estratégias e de medidas a adoptar muito rapidamente. Se bem que os estudos mostram que as ajudas sociais para fazer desaparecer a desigualdade de acesso a cuidados curativos tem resultado, este tipo de estudos ainda não foi realizado em relação aos Cuidados Paliativos.

## 2.3 PROBLEMAS INERENTES AOS DOENTES DOS CUIDADOS PALIATIVOS<sup>7,8,12,17,18,19,20</sup>

Os Cuidados Paliativos assumem-se hoje como uma das fronteiras do desenvolvimento futuro, como um imperativo ético, de organização e como um direito humano. Todos os profissionais de Cuidados Paliativos, concordam que os doentes debaixo da sua responsabilidade, apresentam sintomas que lhes são característicos, embora não exclusivos. São não exclusivos porque são sintomas comuns a outras doenças com etiologias distintas, mas são característicos sobretudo na forma como se apresentam, devido à forma típica como a plataforma de declínio e de apagamento da actividade fisiológica, física, psíquica e emocional, se caracteriza nestes doentes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, "... os Cuidados Paliativos são uma resposta às necessidades dos doentes que apresentam doença avançada, incurável e progressiva, e/ou com intenso sofrimento, com múltiplos sintomas em evolução, tendo como objectivo principal a garantia da melhor qualidade de vida ao doente e à sua família".

Estes doente além da dor física, têm também a dor emocional, da ansiedade, da tristeza e da depressão cumulados com a dor espiritual, ou existencial, resultantes da observação do sofrimento dos membros da sua família, impotentes por nada poderem fazer em relação ao desfecho que se aproxima.

Este conjunto de "sofrimentos" originou a definição de "dor total" por Cecily Saunders.

Muitas vezes a organização dos sistemas de saúde contribuem para que este dito sofrimento em vez de ser diminuído, seja incrementado. Meditando incondicionalmente, concluímos que, mesmo com as tomadas de decisão do Ministério da Saúde em serem desenvolvidos os serviços competentes, as respostas não são suficientes, não estamos preparados para responder às necessidades inerentes a estes doentes.

Além de todos os sintomas citados, anteriormente, há um, no entanto que é extremamente exacerbado nestes doentes, a perda ou sentimento de perda, a vários níveis (autonomia e dependência de terceiros, sentido da vida, dignidade, papel social, estatuto e regalias económicas), sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal, alteração das relações interpessoais, modificação de expectativas e de planos futuros e o abandono por parte dos familiares.

Para desaparecerem problemas como estes, temos uma solução... é verdadeiramente olharmos para os Cuidados Paliativos como o pilar básico, no qual assenta o controlo de todos os sintomas físicos e psicológicos, a comunicação eficaz e a terapêutica eficaz, o cuidado à família e o trabalho em equipa multidisciplinar especializada e diferenciada, em que todos os profissionais estão centrados numa mesma missão e nos mesmos objectivos.

## 2.4 PRIORIDADES NA SAÚDE EM PORTUGAL E CUIDADOS PALIATIVOS<sup>10,11,23</sup>

Foi com certeza considerando uma prioridade na saúde para os Cuidados Paliativos, que o Governo de Portugal, através do seu Ministério da Saúde criou a Lei nº52/2012, de 5 de setembro, que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos Cuidados Paliativos. Assim, o Estado tornou-se responsável nesta matéria e com base nesta lei e nesta responsabilidade criou-se a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, funcionando sob a tutela do mesmo ministério.

A coordenação nacional da Rede Nacional de Cuidados Paliativos é da responsabilidade da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, órgão este competente para elaborar e propor os planos estratégicos.

Em 2016, outra prioridade foi criada com o despacho nº7824/2016, de 15 de junho que nomeou a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, para elaborar o Plano estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017-2018.

Assim, estas prioridades que recentemente foram estruturadas, tem como linha condutora a filosofia, conceitos e orientações da Organização Mundial da Saúde, adaptadas à realidade de Portugal.

A realidade deste empreendimento não se pode desligar de algumas realidades. Globalmente, mesmo se países considerados de primeira linha a nível de riqueza, se estão a debater com graves questões económicas, quanto mais Portugal em que de forma mais ou menos aprofundada todos temos consciência de todas as dificuldades que existem. Este é um ponto mais uma vez de suma importância, pois a mentalidade da obstinação terapêutica com tratamentos aos doentes que não são

efectivos e que só servem para aumentar o défice público tem de diluir-se, dando lugar a uma mentalidade que vai na direcção das evidências e dos estudos, ou seja, quanto mais cedo o doente com indicação para os Cuidados Paliativos for entregue a esses serviços, maior probabilidade terá o doente de tirar proveito dessa decisão, menos dinheiro se gastará em tratamentos ineficazes que, no final, custam a todos nós, e o doente terá a satisfação plena de poder viver os seus últimos dias, mais aliviado de todos os seus sintomas, estar mais tranquilo e poder racionalizar com essa tranquilidade os momentos finais da sua vida.

## 2.5 REFLEXÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS<sup>18,19,20,21</sup>

A Organização Mundial da Saúde tem um modelo de saúde pública que inclui os Cuidados Paliativos e, relativamente aos quais a própria organização estimula os países a seguirem essa linha de desenvolvimento sob várias vertentes - educacional, política e acesso à medicação.

Acerca dos Cuidados Paliativos a Organização Mundial da Saúde recomenda que se devem privilegiar os cuidados domiciliários, primários e seguindo no domicílio ou serviços especializados, respectivamente segundo esses países tenham recursos baixos, médios ou altos.

No entanto, existe uma constante em todos eles que é a de se privilegiarem sempre os cuidados ao domicílio.

A filosofia de vida e dos valores actuais têm tendência para colocar em primeiro plano aquilo que é rapidamente passageiro, esquecendo-se quase sempre do valor dos anciãos e daquilo em que estes contribuíram, para que os mais novos possam existir. Vivemos numa sociedade em que o que não é "bonito", torna-se "inconveniente". O progresso altamente tecnológico da Medicina tornou a fase final da vida que cumula com a própria morte, em

algo que ao invés do antigamente, em que a morte de alguém era vista como fenómeno social e profundamente valorizado, para ser algo solitário e muitas vezes sem a importância que lhe é devida.

Existem, quando se percorre a literatura e em especial a que diz respeito aos Cuidados Paliativos na Europa, vários factores que podem limitar o desenvolvimento destes serviços. Um deles comum a quase todos os países é o factor humano relacionado com algumas das afirmações anteriormente feitas.

A pouca existência de formação e investigação, a medicalização tecnológica do processo de fim de vida, a obstinação terapêutica, são factores que ajudam ao não desenvolvimento destes cuidados.

Por parte dos responsáveis e decisores de políticas de saúde, a falta de apoio governamental é notório sobretudo em dois pontos: o primeiro é o apoio legal, com leis que sem as quais não se podem realizar ou alterar/melhorar as condições que em alguns casos são inexistentes ou em outros tão pouco existem.

Também da parte dos responsáveis deveriam ser adoptadas medidas para que exista a possibilidade da criação da especialidade ou à falta dessa da subespecialidade médica de Cuidados Paliativos.

Outro razão é a falta de conhecimento profundo e diferenciado de alguns profissionais, dos conceitos, princípios e prática dos Cuidados Paliativos, aos quais deveria ser facilitada e simultaneamente exigido a formação básica em cuidados Paliativos.

As escolas de Medicina, de enfermagem e outras que formam profissionais da saúde, deveriam incluir no seu curriculum escolar a formação básica mas de carácter obrigatório de Cuidados Paliativos. Estes profissionais deveriam ser alvo de formação específica para aprenderem a dar maior qualidade de vida aos doentes.

Alguns países terão de rever seriamente a sua política de regulamentação dos opióides, medicamentos de 1ª linha no tratamento dos doentes em Cuidados paliativos, assim

como formar os profissionais nesse campo restrito da prescrição dos mesmo, pois ainda hoje muitos não se sentem à vontade para fazê-lo.

Por fim, outra barreira potencial é a falta de investigação e de estudos específicos acerca deste tema.

## CONCLUSÃO

A morte é provavelmente a única coisa certa na nossa existência

O desenvolvimento técnico e científico na área da Medicina introduziram novos e vários conceitos de morte. A vida sempre foi considerada como sagrada.

O conceito de finitude da vida, fez criar dilemas sem solução. O valor da vida tem significado, pela consciência de finitude. É por esta que valorizamos tanto a nossa existência individual e daí damos valor à vida.

O dilema da morte e a sua tradução na sociedade permanece, não obstante, sem solução. As saídas previstas diminuem a certeza acerca daquilo que se procura e ninguém poderá constatar a sua eficácia, pois tais evidências só podem ser constatadas após a morte...

A Organização Mundial de Saúde definiu, em 2002, Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais.

Os Cuidados Paliativos são reconhecidos internacionalmente como um direito das pessoas, pela Organização Mundial da Saúde como uma prioridade e pelo Conselho da Europa como um direito e uma prioridade em qualquer país da União Europeia.

As Constituições dos países europeus em geral consideram o direito à protecção da saúde e de recorrer a esse direito de forma equitativa.

O aumento da incidência do número de doentes crónicos da população portuguesa tornou-se um fenómeno



preocupante com repercussões sociais, económicas e de saúde, apresentando-se estes doentes com níveis de sofrimento variáveis.

Numa época em que as pessoas com doenças crónicas vivem cada vez mais tempo e em que os recursos são limitados, não é possível nem indicado, ter especialistas e unidades de Cuidados Paliativos para cuidar de todas as pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, pelo que se propõe a diferenciação entre dois níveis de cuidados: Abordagem Paliativa e Cuidados Paliativos especializados, sendo estes prestados a doentes com necessidades paliativas complexas, por equipas multidisciplinares com competências próprias, as quais necessitam ser devidamente certificadas. Por outro lado, sabe-se que a maioria dos doentes em fim de vida prefere ser acompanhada no seu domicílio pelo que, mais que criar muitas camas de Cuidados Paliativos, pretende-se atender os doentes mais precocemente e levar os Cuidados Paliativos a todas as camas onde estejam pessoas com doença grave e/ou avançada e progressiva, permitindo que sejam acompanhadas até o fim da vida no local que escolherem. A prestação de cuidados aos doentes com doenças graves e/ou avançadas e progressivas com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida, é um elemento qualitativo essencial do sistema de saúde, devendo garantir-se o seu adequado desenvolvimento na continuidade dos cuidados de saúde, tendo por base os princípios de equidade e de cobertura universal, de acordo com a estratégia do Serviço Nacional de Saúde em Portugal.

Em cuidados paliativos, as principais fontes de sofrimento para os doentes são as perdas (autonomia e dependência de terceiros, sentido da vida, dignidade, papéis sociais, estatuto e regalias económicas), sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal e nas relações interpessoais, modificação de expectativas e de planos futuros e abandono por parte dos familiares.

É hoje internacionalmente reconhecido que, quando aplicados precocemente, os Cuidados Paliativos trazem benefícios para os doentes e suas famílias, diminuindo a carga sintomática dos pacientes e a sobrecarga dos familiares. Além disso, os Cuidados Paliativos diminuem os tempos de internamento hospitalar, os reinternamentos, a futilidade/obstinação terapêutica, o recurso aos serviços de urgência e aos cuidados intensivos e, conseqüentemente, diminuem os custos em saúde.

Em Portugal, temos um longo caminho a percorrer quiçá, começar por reflectir na concretização da Medicina Paliativa como especialidade Médica;  
Tornar obrigatório nas Escolas de Medicina o ensino básico dos procedimentos e características dos Cuidados Paliativos, para que os médicos possam encarar a morte, como algo real abrindo a porta para todo um conjunto de possibilidades de actuação que tornarão a fase final da vida mais digna e mais realística.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andrioli, A I (2014) O indivíduo e a morte. REA/Revista Espaço Acadêmico, nº 30, novembro de 2003  
<http://www.espacoacademico.com.br/030/30eandrioli.htm>
2. Lima C (2014) Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Vol.12, Nº1, Janeiro/Março 2005.
3. Marconi C Eda (2013) Maria Júlia Kovács: uma pesquisadora reflectindo sobre a morte. Boletim da Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil - V. 33, nº 85, p.243-253.
4. Mattedi M A; Pereira A P (2007) Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. Cad. CRH vol.20 no.50 Salvador May/Aug. 2007
5. Vomero M F (2006) Morte. Instituto Brasileiro de Psicologia, Edição de Dezembro 2006, 234 Pág. : 52-7
6. Ferraz Gonçalves J A S (2003) Palliative care and the principles of biomedical ethics. European Journal of Palliative Care, pag. 158-9.
7. Alves M L S D et al. (2012) Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. Rev. Enf. Ref. vol.serIII no.8 Coimbra dez. 2012
8. Silva E P et al. (2008). Concepções sobre cuidados paliativos. Acta Paulista de Enfermagem 2008; 21(3):504-508

9. Ferraz Gonçalves J A (2009) A Boa Morte: Ética no fim de vida. Coisas de Ler Edições
10. Direcção-Geral da Saúde (2005) Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
11. Proposta de Revisão do Programa Nacional de cuidados Paliativos (2008-2016).
12. Ferraz Gonçalves et al. (2013) A cross sectional survey of pain in palliative care in Portugal. Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.1746-2.
13. Ferraz Gonçalves et al. (2013) A Cross-Sectional Survey of the Activity of Palliative Care Teams in Portugal. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 30(7) 648-651
14. Temel J S, MD et al. (2015) Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer The New England Journal of Medicine 733-742
15. Ferraz Gonçalves et al. (2015) Symptoms Other Than Pain in Palliative Care in Portugal.American Journal of Hospice & Palliative Medicine. Vol. 32(3) 335-340
16. Sleeman K E (2016) The changing demographics of inpatient hospice death: Population based cross-sectional study in England, 1993-2012. Palliative Medicine, Vol. 30(1) 45-53
17. World Health Organization (1990) Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Comitté

18. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. pág.11-23.

19. Radbruch Lukas et al. (2009) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European Journal of Palliative Care, 2009; 16(6)

20. Radbruch Lukas et al. (2010) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. European Journal of Palliative Care, 2010; 17(1)

21. Ferraz Gonçalves. Attitudes toward assisted death amongst Portuguese oncologists. Support Care Cancer. 2010 Mar; 18(3):359-366.

22. Plano Estratégico para o Desenvolvimento do Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018

## ANEXO

### **Critérios de Morte Cerebral**

#### **A. Condições prévias**

Situações necessárias para o diagnóstico de morte cerebral:

1. Conhecimento da causa e da irreversibilidade do contexto clínico.
2. Coma e ausência de resposta motora à estimulação dolorosa na área dos pares cranianos.
3. Ausência de respiração espontânea.
4. Estabilidade hemodinâmica comprovada e ausência de hipotermia, alterações metabólico-endócrinas, agentes depressores do SNC ou bloqueadores neuro-musculares causadores eventuais da ausência das funções mencionadas anteriormente.

#### **B. Regras semiológicas**

1. O diagnóstico de morte cerebral obriga à ausência total dos seguintes reflexos do tronco cerebral:
  - a. Reflexos fotomotores com pupilas de diâmetro fixo.
  - b. Reflexos oculoencefálicos.
  - c. Reflexos oculovestibulares.
  - d. Reflexos corneopalpebrais.
  - e. Reflexo faríngeo.
2. Prova de apneia confirmando ausência de respiração espontânea.

#### **C. Metodologia**

A comprovação/verificação da morte cerebral exige:

1. Dependendo da idade e do quadro clínico deve realizar-se dois conjuntos de provas em intervalo de tempo adequado.
2. Exames complementares de diagnóstico, quando necessário.
3. Dois médicos especialistas (neurologista, neurocirurgião, intensivista), para execução das provas.
4. Os médicos executores das provas não poderão em nenhum caso pertencer a equipas de transplante de órgãos ou tecidos e um deles, pelo menos, não deverá pertencer à unidade de internamento em que o doente se encontra.

Nota: Este trabalho foi redigido em desacordo com o último acordo ortográfico.